

NARRATIVITET, RECOVERY OG EVIDENS

Lisa Korsbek

Begrebet recovery er på vej til at blive integreret i den samlede internationale – og dermed også danske – viden om skizofreni og andre psykiske sygdomme. Det sker med nogen modstand, der bl.a. skyldes, at recovery-tankegangen i sin fulde konsekvens implicerer en anden måde at tænke og behandle på. For mange er begrebet desuden forbundet med populisme og vækker en blanding af forundring, fascination og forargelse. Nærværende artikel sætter fokus på begrebet. I artiklens første del behandles begrebets historiske udvikling og den evidens, der bl.a. i form af nogle metaanalyser foreligger på området. I artiklens anden del behandles først og fremmest den svenske psykolog Alain Topors forsøg på at belyse, hvad det er for nogle mekanismer og strategier, der er afgørende, når et menneske kommer sig fra alvorlig psykisk sygdom. Artiklens udgangspunkt er klassisk psykoanalyse, undervejs inddrages også psykoanalytikeren Donald W. Winnicott og hans idé om det mellemliggende område, og artiklen belyser, hvordan recovery på ny er med til at etablere forbindelse mellem psykiatri, psykoanalyse og litteraturvidenskab. Bindeleddet er fortællingen.

I en artikel fra 1986 fremsætter den amerikanske litterat Peter Brooks den nok noget tilspidsede sætning »Mens sana in fabula sana« (en sund psyke i en sund historie) med en betoning af sammenhængen mellem psykisk sundhed og en velorganiseret fortælling (Brooks, 1986 p. 53). Roy Schafer, professor i psykologi og psykiatri, og psykoanalytikeren Donald Spence er nogle år forinden fremkommet med de lige så tilspidsede formuleringer om, at en fortællings effekt for patientens tilstand ikke nødvendigvis skyldes, at fortællingen er sand, men at den er god (Schafer, 1980, Spence, 1982).

Dette er selvfølgelig yderst diskutabelt, men ikke desto mindre var der etableret et link mellem to fagdiscipliner: psykiatri og psykoanalyse på den ene side, litteraturvidenskab på den anden. Eller rettere genetableret.

Lisa Korsbek, mag. art. og ph.d. i litteraturvidenskab, projektleder på projekt til udvikling af værktøjer til styrkelse af Medicinsk Teknologivurdering og Evidensbaseret Praksis på Odense Universitetshospital og i Sygehus Fyn. Tidligere ekstern lektor på Syddansk Universitet og konsulent på Center for Selvmordsforskning. Har bl.a. skrevet om psykoanalyse i Tidsskriftet *Kultur & Klasse*, *Kritik & Kulturanalyse* og i *Psyke & Logos*. I denne artikel udtaler hun sig på egne vegne i forlængelse af de tidligere artikler.

Freud var den første til at være opmærksom på, hvordan psykiatri og psykoanalyse var forbundet med litteraturvidenskabelig tænkning. Først og fremmest var han opmærksom på fortællingens betydning og på sammenhængen mellem psykiske problematikker og fortællestrukturer. Det fremgår allerede af psykoanalysens første udgivelse – *Studien über Hysterie* – i 1895, hvor Josef Breuers berømte patient Anna O. gør narrationen til behandlingens kerne, selv benævner behandlingen »talking-cure« og næsten tvangsmæssigt er nødsaget til dagligt at fortælle Breuer en historie for at få det bedre. Om disse historier skriver Breuer:

»Historierne, altid sørgelige, var for en dels vedkommende meget smukke efter manér af Andersens Billedbog uden billeder, og sandsynligvis også dannet med denne som mønster. For det meste var udgangs- eller midtpunktet for situationen en ung pige, der angstfuldt sad ved en syg;...Et øjeblik efter afslutningen af historien vågnede hun og var åbenbart beroliget.« (Breuer/Freud 1922 [1895], p. 22; oversættelsen er Dines Johansens, 1992, p. 11).

I de senere år er det imidlertid et andet begreb, der har vundet indpas og med nogen modstand forsøger at gøre sig gældende i blandt andet psykiatriske sammenhænge. Det er begrebet *recovery*, der ofte betragtes som forholdsvis nyt, dvs. henhørende til 1990'erne, men allerede opstår i begyndelsen af 1970'erne, hvor de første videnskabelige undersøgelser laves.¹ I 1980'erne kommer der flere undersøgelser til, men først i 1990'erne får det sin videnskabelige substans og linkes på ny til fortællende diskurser.

I flere kredse fremstår *recovery*-begrebet som populistisk og kliché-præget, og det synes til stadighed at vække en blanding af forundring, fascination og forargelse. En vægtig grund hertil er, at det i sin fulde konsekvens implicerer en forandring af hele psykiatriens måde at tænke og (be)handle på. Blandt andet implicerer begrebet en tilbagevenden til dengang, psykiatrien via Freud blev moderne, og sproget kom til at spille en betydelig rolle.

1 Nærværende artikel bruger de engelske gloser »recovery« og »empowerment« og ligeledes engelske gloser som »follow-up«, »bias«, »outcome« og »review«. Begrebet »recovery« bruges, fordi det er den betegnelse, der anvendes om processen set fra patientens synsvinkel, mens betegnelsen rehabilitering er det mere accepterede begreb, der anvendes af psykiatrien i tilrettelæggelsen af procedurer, der muliggør en *recovery*. De øvrige engelske gloser bruges, fordi det er den forskningsmæssige tradition.

Manfred Bleuler

Det interessante ved recovery er ikke kun, at det underminerer en næsten mytologisk og meget bred, såvel i befolkningen som blandt behandlere, opfattelse af sindslidelser, herunder især af de egentlige sindssygdomme, først og fremmest skizofreni, som mere eller mindre kroniske. Det interessante er, at der findes videnskabeligt belæg for det.

Den begyndende dokumentation kan dateres tilbage til begyndelsen af 1970'erne. Her publicerede schweizeren Manfred Bleuler, søn af den berømte psykiater Eugen Bleuler, et follow-up-studie af 208 skizofrene patienter. Undersøgelsen gav anledning til den noget uventede konklusion, at halvdelen til to tredjedele af alle skizofrene fulgt i mere end ti år fra debuttidspunktet kommer ind i stabile tilstande, som bevares i mange år (Bleuler, 1978 [1972], p. 414).

Disse tilstande var vel at mærke ikke at forveksle med Kraepelins udbrændte endepunkt i den skizofrenes udvikling. Tværtimod viste Bleulers undersøgelse, at skizofrene i et forløb på mere end 23 år opviser konstante forbedringer i langt højere grad end de opviser regressioner (Bleuler, 1978 [1972], p. 415). Enhver, der betragter skizofreni som en progressiv hjerne-sygdom, må blive forbløffet over disse data, konkluderer han (ibid.), for der *var* tale om meget forbløffende tal på et tidspunkt, hvor man var sikker på, at de skizofrene tilstande kun kunne føre patienten én vej, nemlig ind i en stigende kronicitet, der blev udlagt som en gradvis mental degenerering.

I Manfreds Bleulers publikation blev der også udfoldet nogle idéer om, hvad der kunne hjælpe den skizofrene patient ind i en god udvikling. Tre aspekter står centralt: Terapeutens relatering til patientens ikke-psykotiske del, pludselige forandringer i patientens liv, som aktiverer hidtil skjulte ressourcer, og en positiv indflydelse via samtaleterapi og dertil hørende etablering af en følelse af samhørighed mellem patient og behandler. Patientens personlighed, karakteren af sygdommen på debuttidspunktet og en tidsmæssig faktor er væsentlige prognostiske kriterier. En forholdsvis harmonisk personlighed før sygdommen, et pludseligt sygdomsudbrud (versus den snigende udvikling) og sideløbende normale modnings- og aldringsprocesser, er betydningsfulde delelementer. Medicin derimod er ikke altid et gode, i hvert fald ikke i dens permanente og ukritiske brug. Bleuler var ikke generelt set imod medicin, men han var af den opfattelse, at langvarig medicinsk behandling kan være med til at sløre det samlede billede.

Eugen Bleuler og Emil Kraepelin

Manfred Bleuler var imidlertid ikke den første til at iagttage andre mulige forløb end den kroniske. Manfreds far, Eugen Bleuler, havde langt tidligere konstateret noget lignende. Da tyskeren Emil Kraepelin konstaterede, at

i hvert fald én type skizofreni med en tidlig debut synes at udvikle sig til en kronisk tilstand, den såkaldte *dementia praecox*, sondrede han samtidig mellem tre typer – den hebefrene, den katatone og den paranoide. I bund og grund var der imidlertid tale om den samme grundlæggende sygdom, hvis fatale forløb syntes at have været uomtvisteligt. Det blev i hvert fald den mest udbredte forestilling – den der i mange år frem kom til at forme det moderne billede af skizofrenien, ikke mindst i Skandinavien.

Men Eugen Bleuler var opmærksom på nuancen hos Kraepelin. Sagen var nemlig den, at cirka 12% af Kraepelins egne patienter med diagnosen *dementia praecox* ikke levede op til Kraepelins forløb, men tværtimod kom sig af sygdommen. Det var få, men alligevel nok til at bringe tvivl om det centrale prognostiske kriterium.

Af den og af andre grunde udgav Eugen Bleuler i 1911 sin monografi *Dementia praecox oder Die Gruppe der Schizophrenien*. Monografien indeholder mange eksempler på patienter, der ikke udviklede sig i overensstemmelse med Kraepelins kroniske endepunkt. Tværtimod var der flere alvorligt syge patienter – katatone især – som uddannede sig, giftede sig og etablerede et arbejdsliv. Undertiden med periodiske tilbagefald, men alligevel med en udviklingslinje, der pegede i en helt anden retning. Denne udviklingslinje var gældende for langt flere end 12% af patienterne. Faktisk drejede den sig hos Eugen Bleuler om hele 60%.

Eugen Bleulers konklusion var dog, at meget få af de skizofrene patienter kom sig fuldstændigt. Flertallet havde stadig rester af sygdommen, og flere havde i perioder alvorlige tilbagefald. Men samtidig var en samlet forbedring i tilstanden, når den blev fulgt gennem mange år, uimodsigelig.

Der var meget langt fra Kraepelins 12% til Bleulers cirka 60%. Men der var også forskelle i diagnostiske metoder, og der var – ikke mindst – forskelle i behandlingen. Forskningen har vist, at Bleulers behandlingsmetoder minder meget om nutidige socialpsykiatriske tiltag med fastholdelse af patienten i egne omgivelser og med en motivering af ham/hende til at bevare sit samfundsmæssige tilhørsforhold i overensstemmelse med de tilstedeværende kompetencer, f.eks. arbejdsmæssigt (Warner, 1994, p. 10 f.). Ligeledes gjorde Bleuler gentagne gange opmærksom på betydningen af rummende og tolerante omgivelser og på nødvendigheden af at stimulere patientens selvtillid.

Medicinsk teknologi og kollektiv fortrængning

I en skandinavisk sammenhæng var det Kraepelins synsvinkel, der kom til at dominere og i høj grad forme det (skræmme)billede, som den brede befolkning til stadighed har af skizofreni. Et billede, der ikke blot fastholder patienten i rollen som patient, men også i flere henseender – mentalt, konkret og socialt – underminerer hans/hendes menneskelige og eksistentielle forestillinger om et (godt) liv.

I 1994 udgav Richard Warner *Recovery from Schizophrenia, Psychiatry and Political Economy*. Midt 90'erne er et tidspunkt, hvor den psykofarmakologiske teknologi har rigtig god vind i sejlene i den vestlige verden. Warner er ikke udelukkende kritisk over for denne teknologi, men han forsøger at sætte den ind i en større sammenhæng. Hans svar på, hvorfor Kraepelins pessimistiske synsvinkel blev så dominerende, forbindes bl.a. med den medicinske teknologi:

»In part, the modern pessimistic view of the untreated course of schizophrenia may have developed because the introduction of the antipsychotic drugs in the mid-1950s and their subsequent, virtually universal, employment in the treatment of psychosis has masked what was previously known of the natural history of the illness« (Warner, 1994, p. 11).

Glemsel og kollektiv fortrængning – ét muligt svar blandt flere. På grund af udbredelsen af den anti-psykotiske medicin – begejstringen for, at hér var endelig et middel med en påviselig effekt – glemte fagfolkene, at sygdommen havde andre udviklingsmuligheder end den rent kroniske. Man glemte derfor også, at der måske ikke var grund til at give den enkelte patient medicin resten af livet og bidrage til at fastholde kronificeringen.

Richard Warner er ikke en hvem som helst. Han er for eksempel ikke en antropolog eller sociolog, der forsøger at beskrive psykiatrien *udefra*. Richard Warner er Dr. Richard Warner, medicinsk direktør for Mental Health Center i Colorado og associeret professor ved universitetet samme sted. Hans bog er en anlæggelse af et bredt perspektiv på noget, som mange opfatter som funderet i mikrodynamiske processer, dvs. i intrapsyriske og til dels gruppedynamiske (familiære) processer. Warner kigger også på de økonomiske, teknologiske og i det hele taget makrodynamiske processer, der er med til at forme vores systemer, tænken og handlen.

Ifølge Warner er psykiatrisk ideologi – og diagnosen skizofreni – ikke blot determineret af biologiske, genetiske og psykologiske faktorer. Også rent teknologiske og økonomiske processer spiller ind i fortællingen om en sygdom, der ikke kan helbredes, højst mildnes med psykofarmaka. Når den vestlige verden forbinder arbejde med psykisk sundhed og i det hele taget fastlægger nogle meget snævre, samfundsøkonomiske direktiver for eksistens, er der uundgåelige konsekvenser for forskellige grupper af mennesker. Samtidig eksisterer der – til alle tider og i alle samfund – en syndebukmytologi, der fungerer efter klare samfundsmæssige principper, hvor politiske, økonomiske og psykologiske procedurer er nødvendige for på den ene side at opretholde samfundet, på den anden side opretholde et kastesystem, der garanterer samfundets fortsatte udvikling i overensstemmelse med politiske og økonomiske mål.

Warners (marxistiske) forklaring er meget længere og meget mere kom-

pleks, og den er et væsentligt bidrag til historien om, hvordan skizofreni i den vestlige verden er blevet til historien om en helt igennem malign sygdom med alvorlige konsekvenser for den enkelte patient – og for samfundet. Der er mange, der profiterer af en sådan historie, ikke bare de umiddelbart involverede, f.eks. ansatte i det psykiatriske system, men mennesker i det hele taget, der via en kulturel spejling bekræfter sig selv i deres normalitet.

Der eksisterer imidlertid en anden, sideløbende og meget mere optimistisk historie om skizofrenien. Den har haft meget svære betingelser i offentligheden, i særdeleshed i psykiatrien. Den franske filosof Michel Foucault skrev flere centrale værker om galskaben. Først og fremmest i værket *Folie et déraison. Histoire de la folie à l'âge classique* (1961) lagde han grunden til at se sindssygen diskursivt, nemlig som bl.a. en lingvistisk metode til at ekskludere det, der ikke kan kontrolleres inden for de sproglige magtsystemer. Den og flere kritiske udgivelser af andre filosoffer og psykologer indebar, at der inden for antipsykiatrien i 1960'erne og 1970'erne, samt stadig i 1980'erne, var en del fokus på andre måder at anskue skizofrenien på. Men synsvinklerne vandt langt fra gehør, og selv om der blev lavet flere undersøgelser i 1980'erne, er det først i slutningen af 1990'erne, at en anden historie om skizofreniens mulige udviklingslinjer er begyndt at blive mere officiel.

Recovery og evidens

I 1978, 6 år efter dens udgivelse i Schweiz, blev Manfred Bleulers langtidsundersøgelse oversat til engelsk. Kort forinden havde to andre psykiatere, Luc Ciompi og C. H. Müller, været i gang med en lignende undersøgelse med en noget længere opfølgningsperiode: i gennemsnit 36,9 år fra 1. indlæggelse til undersøgelsestidspunktet. Denne undersøgelse havde tilsvarende positive resultater. Blandt de i alt 289 skizofrene patienter var 27% kommet sig helt, mens yderligere 22% kun opviste få symptomer. Knap 50% af patienter i en undersøgelse, der af Luc Ciompi selv blev betegnet som »*the longest known follow-ups of such a large number of schizophrenics in world literature*» (Ciompi, 1980, p. 414) kunne altså ikke opfylde Kraepelins prognose.

Undersøgelsen udkom først som monografi i 1976, siden, og alene med Luc Ciompi som forfatter, som en opsummering med titlen: »*Is there really a Schizophrenia? The Long-term Course of Psychotic Phenomena*» (Ciompi, 1984). Konklusionen i opsummeringen er, at skizofreni – muligvis i sit udgangspunkt både biologisk, genetisk og psykosocialt determineret – ikke er en sygdom, det er muligt at afgrænse på entydig vis. Den har ikke tydelige årsager, og den fremviser ikke et tydeligt psykopatologisk billede med et tydeligt forløb; den er derimod at forstå som en multidetermineret livsproces, der forløber hos nogle mennesker med en særlig indre sårbarhed, hvor sårbarheden interagerer med komplekse ydre begivenheder.

Imellem de to udgivelser præsenterede Ciompi resultaterne af undersøgelsen i et paper på det 10. årsmøde i det internationale selskab for psykoterapeutisk forskning i Oxford i 1979. Undersøgelsen er behæftet med bias. Selektionskriterierne kan diskuteres, de forskellige behandlinger, der har været iværksat over for de forskellige skizofrene patienter på forskellige tidspunkter, gør det vanskeligt at foretage holdbare sammenligninger. Undersøgelsen er retrospektiv, og materialet udgøres af patienter, der har været diagnosticeret som skizofrene i en periode på mere end 60 år, fra begyndelsen af 1900-tallet og frem til 1962. Skizofrenibegrebet er ikke det samme i forskellige perioder.

Ciompi gør derfor opmærksom på, at resultaterne må fortolkes med varsomhed, og at patientgruppen efter 1953, hvor psykofarmaka bliver et hyppigt anvendt behandlingsmiddel, ikke er stor nok til statistiske beregninger. Alligevel er undersøgelsens værdi indiskutabel, især af én afgørende grund. Den blev diskuteret så meget og fik – i modsætning til Manfreds Bleulers publikation – så meget psykiatrisk bevågenhed, at forskningen for alvor gik i gang og kom ind i et leje, der muliggør en seriøs diskussion.

Metaanalyser

Siden har der ikke manglet undersøgelser på område. Der er derimod også fremkommet metaanalyser. Metaanalyser er blandt andet den britiske læge og forsker Archibald Cochranes fortjeneste. Archibald Cochrane (1909-1988) efterlyste en systematisk opsummering af alle velgennemførte kliniske forsøg inden for forskellige sygdoms- og behandlingsområder for at få et kvalificeret overblik over forskningen. Som undersøgelser, der på statistisk vis opsummerer og beregner resultaterne af andre homogene undersøgelser og så vidt muligt tager højde for bias, er metaanalyserne et foreløbigt svar på denne efterspørgsel. En og helst flere metaanalyser er i dag forudsætningen for adækvate konklusioner, og – når det drejer sig om at vurdere effekten af forskellige behandlingstiltag – gerne kombineret med nyere randomiserede kontrollerede undersøgelser.

Den første og største metaanalyse af skizofreniens udviklingsmuligheder er fra 1994. Den er udformet af James Hegarthy et al. Hegarthy undersøger hele det 20. århundredes litteratur om skizofreni og finder 821 studier inden for perioden 1895-1992.

320 af disse studier opfylder inklusionskriterierne. Inklusionskriterierne er bl.a., at kun patienter med diagnosen skizofreni må indgå i studiet, og kun studier, der følger patienterne i mindst ét år, må medtages. I de 320 studier indgår sammenlagt 51.800 personer, der gennemsnitligt følges i 5,6 år. Gennemsnitstallet for recovery er 40,2%. Outcome-kriteriet er ikke nødvendigvis fuld recovery, milde residuale symptomer accepteres, såfremt patienten fungerer socialt og/eller arbejder og lever uafhængigt af behandling.

Der kan være en vis berettiget kritik af tendensen til at blande bolsjer, idet skizofrenibegrebet og dermed også grundlaget for diagnosen varierer. Men Hegarthy et al. er yderst opmærksomme på dette forhold og ser på tallene i relation til ændringer i diagnostiske kriterier og behandlingsmæssige tiltag. Høje recovery-tal forekommer især i perioder med brede skizofrenidiagnoser. Lave recovery-tal er forbundet med snævre, kraepelinske diagnosekriterier. Disse er især til stede i perioden før 1920 og igen efter 1985, mens perioden imellem, herunder især perioden 1956-1985, har bredere bleulerske kriterier og samtidig en stor stigning i recovery-tallene: fra 25% i 1950'erne til 49% i 1970'erne, mens 1980'erne – hvor diagnose-kriterierne ændrer sig igen – ligger midt i med en recovery-rate på 38%.

Mange vil sandsynligvis fremhæve den medicinske behandling, introduceret i 1950'erne og på sit foreløbige højdepunkt i 1990'erne, som en væsentlig indvirkende årsag til de forbedrede tal, og Hegarthy gør gentagne gange opmærksom på det. Men faktum er, at medicinen hævdes at blive bedre og bedre, hvorimod prognosen bliver dårligere. I 1990'erne er recovery-tallet ifølge Hegarthys metaanalyse kun på sølle 20% – et forhold, der for Hegarthy er svært at forklare som andet end udtryk for at diagnosekriteriet er blevet indsnævret, muligvis kombineret med at langtidsbehandlinger på grund af besparelser er sjældnere.

Hegarthy et al. er ikke optimister. Trods analysens recovery-tal, der jo trods alt er på gennemsnitlige 40,2%, er artiklen *ikke* et forsøg på at bidrage til at skabe et billede af rimelige prognoser for mennesker med skizofreni. I stedet hedder det sig, at *mindre* end halvdelen af patienterne diagnosticeret med skizofreni er kommet sig inden for en periode af 6 år (Hegarthy et al., 1994, p. 1409). Men mindre end halvdelen – trods skiftende diagnosesystemer – er nu også en del mere end Kraepelins 12%.

En anden metaanalyse, ligeledes fra 1994, er udformet af nævnte Richard Warner i udgivelsen *Recovery from Schizophrenia*. Warner sammenholder 85 undersøgelser, udført i perioden 1880-1985. Også Warner er opmærksom på problemet ved at sammenligne resultater af forskellige follow-up-undersøgelser af skizofrene, fordi skizofrenidiagnosen i så høj grad varierer fra land til land og fra tid til tid. Ligeledes er der stor forskel på kriterierne for recovery. Mens nogle undersøgelser kun anerkender en recovery, såfremt personen er fuldstændig fri for sine symptomer og i alle henseender fungerer godt, er andre mere brede i deres fortolkninger.

I overensstemmelse med Manfred Bleuler fremkommer Warner derfor med distinktionen mellem at komme sig helt (complete recovery) og komme sig delvist (social recovery). At komme sig helt kan kun siges at være sket, såfremt der er et fuldstændigt fravær af symptomer, og personen indgår i et velfungerende socialt liv. At komme sig delvist vil især sige at være kommet sig socialt, mens der stadig kan være symptomer, der måske nødvendiggør medicin (Warner, 1994, p. 59 f.). På baggrund heraf foretager Warner en beregning og kommer frem til, at antallet af personer, der er

kommet sig helt, i gennemsnit er 20-25%, mens antallet af personer, der er kommet sig delvist ved først og fremmest at være socialt rehabiliterede, er 40-45% (Warner, 1994, p. 72).

Der er forskellige bias i Warners metode, funderet på bias i primærlitteraturen. For eksempel er det usikkert, om de personer, der er døde på follow-up-tidspunktet, er blevet inkluderet eller ekskluderet i de forskellige undersøgelser. Endnu mere problematisk er det, at der er adskillige patientgrupper i undersøgelserne, som er blevet behandlet i én periode, men fulgt i en anden, hvilket gør det vanskeligt at udtrække sammenhænge og skabe et korrekt billede. Gyldigheden af Warners undersøgelse kan således kun afgøres via en tjekliste, men alene det forhold, at der i undersøgelsen næppe er informationer nok til at gennemføre en egentlig evidensvurdering via en tjekliste, underminerer undersøgelsens værdi. Da beregninger i en metaanalyse imidlertid næppe er grundlæggende fejlagtige – de eventuelle fejl kan kun dreje sig om minimale justeringer af tallene, ikke om den samlede tendens – kan man kun med meget stort besvær komme uden om den retning, som pilen peger i, og som er i overensstemmelse med en del andre undersøgelser: Skizofreni – en af de mest alvorlige psykiske sygdomme – er næppe så kronisk som tidligere fremholdt, i hvert fald ikke til alle tider og i alle henseender. Derimod er der en del, der tyder på, at en stor del af de skizofrene mennesker enten delvist eller helt kommer sig af deres sygdom.

Recovery og narrativitet

En af de fagpersoner, der i en skandinavisk sammenhæng er mest kendt for at fokusere på recovery, er den svenske psykolog Alain Topor. Hans fortjeneste ligger bl.a. i – sammen med andre – at have udformet en kvalitativ undersøgelse, der forsøger at belyse de væsentligste indvirkende faktorer for, hvorfor nogle mennesker med diagnosen skizofreni kommer sig delvist eller helt (2002 [1999a]). Fra fokus på recovery som en dokumenteret mulighed er der nu et begyndende fokus på, hvad det er, der bevirker, at nogle af de uhelbredeligt syge alligevel ikke er så uhelbredelige, eller i hvert fald ikke synes at forblive i en helt igennem ondartet tilstand.

Det er her, fortællingen kommer ind i billedet. Ikke blot den store fortælling om hvordan paradigmer, herunder psykiatriens paradigmer, skifter ved at ændre fortolkningsfokus, men også den mindre fortælling om, hvordan mennesker – via fortælling og selvfortælling – forandrer sig i en fortløbende proces. Hvordan med andre ord identitet og livshistorie hænger sammen.

Topors undersøgelse fra 1999 bekræfter i flere henseender de allerede eksisterende. Den er derfor ikke revolutionerende. Men at den alligevel er særdeles interessant skyldes, at den tænker processuelt og fæstner sig ved strukturerne i konstruktionen af en helt igennem klassisk fortælling med en begyndelse, en midte og en slutning. Midten kaldes vendepunktet. Reco-

very-processen udlægges som forbundet med den menneskelige evne til at konstruere sig selv og sit liv ad fortællingens vej og gennem fortælling og selvfortælling skabe en sammenhængende historie om nederlag og sejr, tab og overlevelse.

Metaforer, temaer, paradokser og sammensatte fortællinger er i henhold til Topor de grundlæggende ingredienser i en vellykket recovery. Kombineret med en fortæller og en lytter, der sammen konstruerer historien og finder, eller skaber, de punkter, hvor fortællingen tager en betydningsfuld drejning, om ikke andet, så med Freuds gode gamle ord: *nachträglich*, dvs. efterlods, i fortællingens nutid.

Det er således væsentligheden af, *hvordan* man får fortalt sin historie – for sig selv og for andre, men især for sig selv *via* fortællingen til andre – der er afgørende i en recovery-proces. Dermed ikke være sagt, at fortællingen i sig selv udvirker »mirakler«, og at én fortælling, som psykoanalytikeren Donald P. Spence synes at mene, er lige så god som enhver anden. Dermed blot være sagt, at det er måden, hvorpå vi narrativt konstruerer og fortolker de begivenheder, omstændigheder, faktorer, mekanismer og strategier, som har påvirket og i høj grad formet vores liv, der er af en umådelig betydning for, hvorvidt et menneske – med eller uden diagnosen skizofreni – får grebet en identitet.

På mange måder handler processen om at gøre sig selv til hovedperson, og i nogle henseender til »helten«, i sin egen historie. Knyttet til rollen som hovedperson eller helt er også ansvaret og evnen til at erobre livet fra et aktivt perspektiv. Vendepunktet – eller den klassiske midte – i fortællingen hos de såkaldte skizofrene, som Alain Topor har interviewet, er netop omvendingen fra at være et passivt offer til at være en aktiv agent. Dette er meget sammenligneligt med processen i de fleste udviklings- og dannelsesromaner og med det famøse omslag (peripeti) i en græsk tragedie. Dog med den betydningsfulde forskel, at omslaget i den græske tragedie som regel indleder forløbet mod heltens endeligt, mens det i den skizofrenes fortælling implicerer et forløb mod tabet af en gammel identitet – identiteten som syg.

Sygdomme, der betegnes som kroniske, fører nødvendigvis til en rekonstruktion af livsfortællingen. Her er selvfortælling, konstruktioner fra et nutidigt perspektiv og fortolkning helt afgørende: Fortolkning af sygdommen og fortolkning af sygdommens forhold til individets liv. Såfremt der via fortolkning kan etableres et vendepunkt og et videre forløb frem, er der mulighed for at en ny fortælling og en ny identitet kan vokse frem. I den nye fortælling integreres vendepunktet i stadig stigende grad, og der iværksættes en omfortolkning af hele livsforløbet med et voksende fokus på hovedrolleindehaveren som centrum i sit eget liv. Når fortællingen får form og ændrer sig i en mere aktiv og selvskabende retning, vokser i heldigt fald kompetencer, talenter og perspektiver – af social, kognitiv og følelsesmæssig art – frem, som hidtil har været sløret eller blokeret af sygdommen, hvilket medvirker til at forme den nye fortællings fortsatte forløb og form.

Sygdomsverdenen og livsverdenen

At fortælle sit liv på ny og konstruere en begyndelse, en midte og en slutning, der indebærer en omfortolkning af hele livsforløbet, er, som Alain Topor gang på gang påpeger, imidlertid ikke nogen lineær proces. Undervejs kommer der elementer ind, som forstyrrer fortællingens fortsættelse – f.eks. et socialt eller følelsesmæssigt nederlag – og nogle gange implicerer disse forstyrrelser en tilbagevenden til sygdommen med en eventuel indlæggelse, hvorved den nye fortælling momentant undermineres af den gamle, velkendte og derfor mest fortrolige, fortælling. Denne gamle, velkendte og fortrolige fortælling, hvori identiteten hidtil har været forankret, vil i meget lang tid, indtil vendepunktet er blevet endeligt integreret, være den mest magtfulde. Forskydninger i dette forhold afhænger af, hvordan personen vælger at fortolke forstyrrelsen, og om forstyrrelsen alligevel kan integreres i den nye fortælling, således at styrkeforholdet mellem de to ændres.

Lars-Christer Hydén, svensk socialpsykolog og kollega til Alain Topor, taler om forholdet mellem livsverdenen og sygdomsverdenen (Hydén, 1997) og hævder, at en afgørende faktor for recovery er, at sygdomsverdenen ikke udvirker en total »invasion« af livsverdenen. Det er forskel mellem at *være* skizofren, eller at *have* skizofreni. At *være* er en meget permanent fortolkning, der ikke umiddelbart åbner op for forandring. Hydén hævder endvidere, at recovery-processen præges af en særlig retorisk struktur med i alt fire elementer, der vedrører forholdet mellem virkelighed og fortolkning. Hydén kalder dem 1) Prædisponering, 2) Empowerment, 3) Transformation og 4) Rekonstruktion.

Virkeligheden er, at en person på et tidspunkt i sit liv har udviklet forskellige symptomer, ofte af mere eller mindre psykotisk art. Han eller hun er på et tidspunkt, om regel gradvist, blevet plaget så meget heraf, at han/hun er kommet i kontakt med behandlersystemet, på eget initiativ, via andre, eller eventuelt via myndigheder. Der er blevet iværksat en behandling, som udgangspunkt farmakologisk, men måske kombineret med støttende, eller undertiden psykoterapeutiske, samtaler. Da skizofreni udlægges som kronisk, er målet ofte en permanent behandling. Faktum er imidlertid, at mange opgiver behandling og derefter lever mere eller mindre udstødt, eller via elementer, som er ret uafdækket i psykiatrisk praksis, alligevel får etableret et liv.

Har personen opgivet psykiatrisk behandling, men alligevel etableret et velfungerende liv, bliver fortællingen ofte den klassiske psykiatri-survivorfortælling om en person, der sejrer over systemet, og han/hun har derfor ikke de store problemer med at gøre sig selv til helten i sit eget liv. At noget måske forbliver uintegreret på grund af forenklinger, er en anden sag. Vedkommende har fået en identitet, som er mere tungtvejende end sygdommens, og dette må være det væsentligste.

For den person, der er i fortsat psykiatrisk behandling, er sagen mere kompleks. Her skal netop etableres en helt ny fortælling. Det er den fortælling, som Hydén omtaler. Den består ikke blot af en fortolkning af symptomerne, men i allerhøjeste grad af behandlingsindsatsen. Første skridt er, at patienten udviser en villighed til at påtage sig rollen som den, der bliver plejet/behandlet (prædisponering), andet skridt er, at patienten i sin fortælling til terapeuten og dermed også til sig selv viser, at behandlingen er virksom (empowerment). Tredje skridt er patientens fremstilling af sig selv i en transformationsproces: Hvorfor og hvordan og med hvilke konsekvenser virker behandlingen? Endelig er der rekonstruktionen, hvor patienten demonstrerer sin restituering eller sin gennemgående forandring fra syg til rask.

Ret beset er det mere eller mindre ligegyldigt, hvori behandlingen består, hvis den foruden den undertiden nødvendige farmakologiske også er terapeutisk. De evige diskussioner om, hvilken form for terapi der er mest adækvat i forhold til skizofrene, og for så vidt også i forhold til så mange andre psykiske lidelser, er på mange måder ufrugtbar, ligesom de undertiden er helt uden evidens. Det væsentligste er fortællingens hvem, hvad og hvordan i konstruktionen af en fortælling, der bliver til inden for de rammer, der udgøres af patient og behandler.

Det dialogiske møde i et mellemliggende rum

Rammerne er i den sammenhæng ikke kun de rent formelle rammer. Rammerne er også et psykisk rum, nemlig det rum, der ligger imellem patient og behandler. Dette rum – det potentielle eller det mellemliggende område, som psykoanalytikeren Donald W. Winnicott kalder det – er rummet for et diskursivt møde, hvor to »legeområder« overlapper hinanden. »Hvis terapeuten ikke kan lege, er han ikke egnet til sit arbejde«, hedder det direkte hos Winnicott (1990 [1971], p. 67). Det skyldes, at mødet mellem patient og behandler i Winnicotts forståelse er et møde i et rum, der *hverken* tilhører patienten eller behandleren, men derimod er resultatet af deres kontakt og dialogiske udveksling.

Psykoanalytikeren Judy Gammelgaard har i sit nyligt udgivne værk *Mellemværende. En diskussion af begrebet borderline* (2004) givet dette rum en hel del opmærksomhed. Som Winnicott opfatter Gammelgaard det mellemliggende område som det genuint frugtbare rum for en omkalfatring af forholdet mellem indre og ydre, fantasi og virkelighed. Det er samtidig paradoksets rum, fordi det er et rum, hvis tilhørsforhold ikke kan defineres og afgøres, men heller ikke anfægtes. Rent psykologisk udgøres det af spædbarnets oplevelsesmodus, men det bevares livet igennem »i den intense oplevelsesmåde, der er forbundet med kunst, religion, fantaserende livsudfoldelse og med kreativt videnskabeligt arbejde« (Winnicott, 1990

[1953], p. 25). Det er derfor også rummet for en selvfortælling, der kan udvirke forandringer og etablere dynamikker for en autentisk eksistentiel udvikling.

Mange digtere og filosoffer har indirekte beskrevet dette rum, om end med andre ord og i en anden terminologi. Gammelgaards fremragende eksempel er digteren Inger Christensen, der med et lån fra Novalis bruger betegnelsen »Hemmelighedstilstanden«, hvortil Gammelgaard knytter disse kommentarer:

»Jeg ser en sammenhæng til Winnicotts potentielle rum og det mellemliggendes erfaringsområde deri, at en ydre ting ophører med at have karakter af noget objektivt, når det gennem en kreativ og spontan tilskyndelse forbindes med noget subjektivt erfaret, hvorigennem det sidste får form og karakter af virkelighed« (Gammelgaard, 2004, p. 182).

Mange andre traditioner, herunder især den eksistentialistiske fra Kierkegaard over Heidegger til Sartre, kan således anvendes i en nærmere forståelse af det sted, hvor mødet mellem et jeg og et du er så centralt, fordi dette møde udspiller sig i et sprogligt-dialogisk felt, der udvirker forandringer i selvforståelse og identitet og dermed også i livsfortællingen. Med udgangspunkt i den russiske sprog- og litteraturfilosof Mikhail Bakhtin har bl.a. John Thobo-Carlsen berørt det i sin skitsering af en semiotisk-dialogisk fortællemodel, hvor mødet mellem patient og behandler betragtes som et verbalt og kropsligt rum, hvor noget bliver til – måske for første gang (Thobo-Carlsen, 2003, s. 833 f).

Det handler om at skabe sig selv, sprogligt og mentalt, via mødet med den anden. Og denne skabelse finder først og fremmest sted i fortællingen. Det gør den, fordi fortællinger i deres måde at blive til på i sig selv sker inden for et område *mellem* virkelighed og fiktion. Definitivt befinder de sig derfor altid allerede i det elementære mellemliggende område mellem indre og ydre, fantasi og virkelighed (Korsbek, 1995, s. 71 f).

Fortællingen, men ikke mindst relationen mellem fortælleren og lytteren, patient og behandler, er således helt afgørende. Men det er fortællingens »hvad« og »hvordan« også. Fortællingens »hvad« og »hvordan« er indhold og figur, som ikke kan eksistere uafhængigt af hinanden. I en mere praksisorienteret tankegang er det fortællingen om, hvad der virker og hvordan det virker. Det er med andre ord fortællingen om behandlingsindsatsen. Bliver denne fortælling en del af behandlingen, idet fortælleren fortløbende gør opmærksom på de mange elementer af behandlingen, og behandleren, kan behandlingen gradvist blive til fortællingen om recovery. Patienten præsenterer da de fortløbende og ofte ændrede fortolkninger af sine symptomer, ligesom han præsenterer fortløbende beskrivelser af behandlingen og relationen til behandleren, samt fortolkninger af, hvorfor og hvordan

behandlingen virker. Og *om* den overhovedet virker.

Vendepunktet placeres forskelligt hos forskellige personer. Såvel placering som indhold kan ændre sig i behandlingsforløbet. Nogle gange ligger vendepunktet i en indlæggelse, der i patientens fortolkning har haft en bedre effekt end andre indlæggelser, andre gange ligger det i væsentlige møder med f.eks. en livsledsager eller en god ven, ofte også i mødet med terapeuten. Andre gange igen ligger vendepunktet i væsentlige begivenheder som afslutning af uddannelse, påbegyndelse af arbejde el. lign. Vendepunktets placering er ikke det væsentlige. Det væsentlige er, at der overhovedet – i den fortælling, som patienten kommer med – *etableres* et vendepunkt. Da muliggøres påbegyndelsen af en ny fortælling, der via gradvis integration af den gamle bliver fortællingen om at komme sig fra en alvorlig psykisk lidelse.

Konstruktion og intrige

Hvad forskningen i recovery – og før det: psykoanalysen – viser, er, at identitet og fortælling er snævert forbundne. Vi fortæller alle vores historie hver dag. Som regel fortæller vi dagligt kun lidt af den i form af brudstykker, men hvorfra, hvordan og til hvem vi fortæller disse brudstykker, virker tilbage på den sammenhængende fortælling om vores liv, der af samme grund hele tiden forandrer sig. Får vi mulighed for at fortælle vores livshistorie i en mere terapeutisk sammenhæng, er der også mulighed for at stykke den sammen på ny og skabe en ny begyndelse, en ny midte og en ny fortsættelse. Langt fra alle kán dette. Men blandt de, der kan, kan de formodentlig og ifølge forskningen, fordi de *har* fundet, er på vej til at finde, eller kæmper for at finde, et vendepunkt, der giver et godt fundament i recovery-procesen. Ikke nødvendigvis fordi vendepunktet eksisterer *à priori*, men fordi en ny fortolkning af en tidligere situation eller et tidligere forløb – for eksempel et behandlingsforløb – *etablerer* et vendepunkt, der efterfølgende er determinerende for det fortsatte livsforløb.

Med recovery-begrebet, således som det belyses af bl.a. Alain Topor og Lars-Christer Hydén, synes psykiatrien, eller i det mindste dele af den, at genåbne sig for den i bund og grund psykoanalytiske tankegang, at fortællingen – sammenstykningsen af den – og dermed sproget står helt centralt. Men der er tydeligvis tale om en lidt anden fortælling end den klassisk psykoanalytiske. Det er ikke længere fortællingen om patientens fortrængte fortid (Freuds arkæologiske metafor). Det er i langt højere grad fortællingen om, hvordan fortid, nutid og fremtid sprogligt, og derfor også mentalt, væves sammen på en så nogenlunde forståelig og aktiv selvbestemmende måde, at der muliggøres en erobring af en identitet, der ikke kun er sygdommens. Vi taler om en konstruktion i nutiden, frem for en opgravning af fortiden. Noget, som allerede Freud havde blik for, som det bl.a. fremgår af et af

hans sidste behandlingstekniske skrifter – »Konstruktionen in der Analyse« fra 1937. Her bruger han begrebet sandhed i en noget anden betydning end den rent arkæologiske. Det sker i en lidt tøvende erkendelse af, at fortiden, som den var, da den blev oplevet, sjældent kan erindres direkte – den kan kun konstrueres indirekte, nemlig i fortællingens nutid:

»Den vej, der udgår fra analytikerens konstruktion, skulle ende i den analyseredes erindring, men den fører ikke altid så vidt. Ofte nok lykkes det ikke at bringe patienten til at erindre det fortrængte. I stedet når man med ham, gennem korrekt udførelse af analysen, en sikker overbevisning om konstruktionens sandhed, der terapeutisk yder det samme som en genvunden erindring« (Freud, 1992 (1937), p. 234).

At komme sig delvist eller helt efter en alvorlig psykisk sygdom betinges altså til dels af muligheden for at *konstruere* sit liv på en tilfredsstillende måde, hvor traumer og andre negative begivenheder og livsfaser fortolkes på ny. Traumerne eksisterer stadig og har til stadighed en meget stor betydning, dengang de blev oplevet. Men via fortællingen væves de ind i livshistoriens helhed, hvor de gradvis får en mindre betydning. I særdeleshed, hvis vendepunktet etableres.

Topor og Hydén er således fortalere for den i bund og grund narrative terapi, hvor retoriske aspekter er afgørende for, hvordan vi ser os selv – i relation til os selv og i relation til andre. Det er de, fordi sprogets retorik har en biografisk side, der kæder fremstillingen sammen med individet. I kraft af at helbredelsen knyttes til en livsfortælling, bliver den en del af individets selvforståelse og vurdering af sit liv. Og samtidig trækkes der på hele vores kulturelle lager, f.eks. på den moderne fortælling siden renæssancen om mennesket, der går fra mørket til lyset. Et menneske, der transformerer sig selv og sin identitet via selvfortælling, leverer rent *strukturelt* en selvfortalt miniudgave af Dantes Guddommelige Komædie, samt andre helte- og selvrealiseringshistorier til alle tider. Som Hydén noterer sig, viser et større interviewmateriale med psykoterapipatienter, at alle fortællingerne i vid udstrækning er udformet omkring en dramatisk intrige: Fra et pinefuldt liv *før* behandlingen over et *sammenbrud* til behandling, »befrielse« og »et godt liv«. Der er netop tale om en klassisk fortællestruktur i tre trin: Problematisk situation, handling og løsning (Hydén, 1997, p. 122). Omslaget sker i og med behandlingen. Ikke nødvendigvis takket været *behandlingen*, i langt højere grad takket været *patientens selvfortælling* og dertil knyttede *fortolkning*. En fortolkning, som dog næppe kan blive positiv og helbredende uden en positiv, ægte og effektiv relation.

Kronicitet, modernitet og faldgruber

Sygdom og sundhed er i denne optik ikke objektivt identificerbare tilstande. I stedet er de resultater af en kompleks proces, der handler om at *fremstille* tilstanden. Dette gælder ikke bare den enkeltstående tilstand hos hin enkelte person, det gælder også den store sociokulturelle tilstand i samfundsfortællingen.

»Kroniske sygdomme er i en vis forstand moderne«, skriver Hydén (Hydén, 1997, p. 133). De opstår i takt med, at de epidemiske sygdomme forsvinder i 1800-tallet. Således har den store fortælling om skizofreni som en kronisk sygdom baggrund i en lang række historiske omstændigheder, der bl.a. medfører tilbud af en sygerolle og en forestilling om en livslang sygdom, samt et sprog og nogle teorier, der formidler denne forestilling.

Denne store sociokulturelle historie kan man imidlertid ikke begynde at fortælle den enkelte skizofrenipatient. Det ville være som at fortælle en historie om et møbel i et hus uden at nævne huset, ja egentlig også uden at nævne møblets udseende. Det siger sig selv, at en sådan historie kan være katastrofal i armene på en professionel uden den rette horisont. Det får være, at det hurtigt kan blive en naiv og letkøbt management-terapi om at vælge sig selv og sit liv. Værre endnu kan det misbruges, bl.a. af politiske og økonomiske interesser. Der er enorme faldgruber i udelukkende at udlægge sygdom og helbredelse som et spørgsmål om fortolkning, ligesom der er enorme faldgruber, ikke mindst for patienten selv, i at udlægge det som en kronisk sygdom i hjernen. Recovery-processen er lang, den er *først og fremmest individuel*, og årsag og virkning er som bekendt ikke nogen enkel historie. En nuanceret tilgang giver som regel det mest nuancerede resultat.

At belyse mekanismer og faktorer i en recovery-proces er kun lige begyndt, for trods en dokumentation, der – når Eugen Bleulers tidlige udgivelse medtages – rækker mere end 90 år tilbage, er det kun inden for de senere år, at begrebet meget gradvist har nærmet sig en form for accept i de sammenhænge, hvor accepten er virkelig vigtig, nemlig i behandlingssammenhænge. Men recovery er i dag så dokumenteret, at også dansk psykiatri så småt er på vej til at integrere fænomenet. I juni 2004 udkom Sundhedsstyrelsens Referenceprogram for skizofreni. Referenceprogrammet fylder i alt 69 sider. Det nævner ikke recovery med ét ord. Men den sygdom, som det alt sammen handler om, udlægges anderledes. Skizofrenien får evidente nuancer – diagnostisk og prognostisk set:

»Skizofreni er en episodisk sygdom med stærkt varierende forløb. I tidligere opfølgningsundersøgelser af debuterende skizofreni har man fundet at 25-30% har et godt forløb med næsten komplet remission, 50% har et moderat forløb med intermitterende symptomer, og 20-25% har kroniske symptomer« (Referenceprogram for skizofreni, Sundhedsstyrelsen 2004, p. 12).

Sundhedsstyrelsens tal svarer ret godt til de tal, der er fremholdt i diverse undersøgelser af recovery siden 1970'erne. De metaanalyser, der er omtalt i nærværende artikel, er ikke inddraget i Referenceprogrammet, og de er heller ikke udarbejdet af Cochrane, hvorfor vi stadig afventer et systematisk Cochrane-review med en afgørende international gennemslagskraft. Alligevel er der god grund til at antage, at forskningen på området er på vej til at blive integreret i den samlede internationale viden – og dermed også i den danske.

LITTERATUR

- BLEULER, E. (1911): *Dementia praecox oder Die Gruppe der Schizophrenien. Handbuch der Psychiatrie*. Franz Deuticke. Leipzig und Wien.
- BLEULER, M. (1978 [1972]): *The Schizophrenic Disorders. Long-term Patient and Family Studies*. Yale University Press. New Haven and London.
- BREUER, J./FREUD, S. (1922 [1895]): *Studien über Hysterie*. Franz Deuticke. Leipzig und Wien.
- FREUD, S. (1992 [1937]): Konstruktioner i analysen. *Sigmund Freud: Afhandlinger om Behandlingsteknik*. Hans Reitzels Forlag. København.
- BROOKS, P. (1986): Psychoanalytic constructions and narrative meaning. *Paragraph* 7: 53-76. Oxford University Press.
- CIOMPI, L.; MÜLLER, C. H. (1976): *Lebensweg und Alter der Schizophrenen. Eine katamnestiche Langzeitstudie bis ins Senium*. Springer Verlag. Berlin, Heidelberg, New York.
- CIOMPI, L. (1979): Three Lectures on Schizophrenia. The Natural History of Schizophrenia in the Long Term. Paper presented at the Tenth Annual Meeting of the International Society for Psychotherapy Research. *British Journal of Psychiatry* 136: 413-420. London.
- CIOMPI, L. (1984): Is there really a Schizophrenia? The Long-term Course of Psychotic Phenomena. *British Journal of Psychiatry* 145: 636-640. London.
- GAMMELGAARD, J. (2004): *Mellemværende. En diskussion af begrebet borderline*. Akademisk Forlag. København.
- HEGARTY, J.; BALDESSARINI, R. J.; TOHEN, M.; WATERNAUX, C.; OEPEN, G.: One Hundred Years of Schizophrenia: A Meta-Analysis of the Outcome Literature. *American Journal of Psychiatry* 151 (10): 1409-1416. New York.
- HYDÉN, L.-C. (1997): *Psykiatri – samfund – patient. Psykisk sygdom i socialt og kulturelt perspektiv*. Munksgaard. København.
- JOHANSEN, J. D. (1992): Theatrum internum – theatrum mundi. Om fantasi og litteratur. *Kultur & Klasse, Kritik & Kulturanalyse* 72: 11-38. Forlaget Medusa. Holte.
- KORSBEK, L. (1995): 100 års eventyrlig fortælling. Psykoanalysen mellem viden og kunst. *Kultur & Klasse, Kritik & Kulturanalyse* 79: 71-89. Forlaget Medusa. Holte.
- KORSBEK, L. (2000): Psykoanalysens overføring: Bevægelsen mod et dialogisk paradigme. *Psyke & Logos* 2: 581-599. Dansk Psykologisk Forlag. København.
- REFERENCEPROGRAM FOR SKIZOFRENI (2004): Sekretariatet for Referenceprogrammer. Sundhedsstyrelsen. København.
- SCHAFER, R. (1980): Narration in the Psychoanalytic Dialogue. *Critical Inquiry* 7: 29-53. The University of Chicago Press. Chicago.

- SPENCE, D. P. (1982): *Narrative Truth and Historical Truth. Meaning and Interpretation in Psychoanalysis*. W.W. Norton & Company. New York and London.
- THOBO-CARLSEN, JOHN (2003): Sygdomsforståelse og fortælleterapi. Om en semiotisk-dialogisk fortællemodel. *Psyke & Logos* 2: 833-848. Psykologisk Forlag. København.
- TOPOR, A.; SVENSSON, J.; BJERKE, C.; BORG, M.; KUFÅS, E. (2002 [1999a]): *Vendepunkter. Et nærstudie af vendepunkter for mennesker der er kommet sig efter alvorlig psykisk lidelse*. Videnscenter for Socialpsykiatri. København.
- TOPOR, A. (2002 [1999b]): *At komme sig. Et litteraturstudie om at komme sig efter alvorlig psykisk lidelse*. Videnscenter for Socialpsykiatri. København.
- WARNER, R. (1994): *Recovery from Schizophrenia. Psychiatry and Political Economy*. Routledge. London and New York.
- WINNICOTT, D.W. (1990 [1953]): Overgangsobjekter og overgangsfænomener. *Leg og virkelighed*: 10-37. Hans Reitzels Forlag. København.
- WINNICOTT, D.W. (1990 [1971]): Leg. Skabende aktivitet og søgen efter selvet. *Leg og virkelighed*: 66-78. Hans Reitzels Forlag. København.